

## **XLI Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD) 7, 8 e 9 de outubro de 2021**

### CASOS CLÍNICOS

#### **#001 Tratamento endodôntico de um dens invaginatus tipo IIIb num incisivo lateral superior**



Flávia Cracel Nogueira\*, Mariana D Pires, Duarte Amaro,  
Sérgio André Quaresma, Jorge N.R. Martins, António Ginjeira

Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ), Faculdade  
de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL)

**Introdução:** Dens invaginatus é uma alteração dismorfogénica de desenvolvimento dentário que se caracteriza pela invaginação de esmalte e dentina resultando na formação de um lúmen intra-dentário. A classificação mais comum baseia-se na avaliação radiográfica da extensão da invaginação e comunicação com os tecidos periodontais. O tipo IIIb apresenta a maior complexidade anatómica, estando mais frequentemente associado a lesões periapicais. **Descrição do caso clínico:** Paciente recorreu a uma consulta por queixas estéticas relacionadas com o incisivo lateral direito superior. Ao exame clínico verificou-se discromia, restauração em resina composta no cingulo e faces proximais, bem como um aumento da dimensão mesio-distal em relação ao dente contralateral. Adicionalmente, objetivou-se uma resposta dolorosa à percussão vertical e à palpação, bem como ausência de resposta ao teste de sensibilidade ao frio. O exame radiográfico revelou a existência de uma invaginação bem delimitada, bem como uma extensa radiolucência apical. Foi diagnosticada necrose pulpar e periodontite apical sintomática. Foi realizada uma tomografia axial de feixe cónico (CBCT), confirmada a invaginação do tipo IIIb e identificada a sua orientação. Foi proposto, e aceite, tratamento endodôntico. Na primeira consulta, após anestesia, isolamento e acesso sob ampliação com microscópio ótico, foram identificados dois canais que foram abordados de forma independente. A instrumentação foi realizada com a lima Reciproc R25 (VDW, Germany) e a invaginação alargada coronalmente com recurso a ponta ultrassónica. Na consulta seguinte a paciente apresentava melhoras relativamente aos sintomas. Todo o procedimento foi realizado sob constante irrigação com hipoclorito de sódio

5,25% e, após o protocolo de irrigação final, os canais foram obturados com gutta-percha e cimento (AH plus, Dentsply, Germany). O dente foi definitivamente restaurado com resina composta. Aos 6 meses o caso apresenta melhoras clínicas e radiográficas. **Discussão e conclusões:** O dens invaginatus representa um desafio para o clínico quando necessitam de tratamento endodôntico, especialmente os que apresentam anatomia complexa como é o caso do tipo IIIb. Cada caso deve ser avaliado de um modo individual, de forma a conseguir atingir os objetivos do tratamento endodôntico, sendo o principal a completa desinfecção dos espaços contaminados que para as referidas anomalias de desenvolvimento envolve o espaço do lúmen invaginado também.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.860>

#### **#002 Segundo Pré-molar inferior com canal em C – A propósito de um caso clínico**



Andreia Soraia Pinto Hortênsio\*, Joana Rocha, Jorge Martins,  
Mariana Coelho Alves, Sérgio André Quaresma, António Ginjeira

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

**Introdução:** As variações anatómicas dos pré-molares inferiores devem ser sempre tidas em conta antes do início do tratamento endodôntico. A configuração em C dos canais radiculares é uma variação anatómica que ocorre mais frequentemente em segundos molares inferiores, no entanto, existem relatos na literatura da existência de pré-molares inferiores com essa configuração. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino, caucasiano, de 50 anos, foi encaminhada para a consulta de Endodontia para avaliação do tratamento endodôntico do dente 45. Durante o exame clínico e radiográfico observou-se um tratamento endodôntico não satisfatório feito há 10 anos, com uma lesão endodôntica associada. Após realização de testes percussão e palpação, foi diagnosticada periodontite apical sintomática, tendo sido proposto o re-tratamento endodôntico não cirúrgico. Após anestesia, isolamento absoluto, remoção da cárie, restauração pré-endodôntica, refinamento da cavidade de acesso com ponta de ultrassons